Rok XXXVII. Kraków 23. Lipca 1898. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.**

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,
prymaryusz.

Diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie znalazła dotychczas rozleglejszego zastósowania dla celów klinicznych. Pochodzi to ztąd, iż zdania klinicystów, co do jej znaczenia, są różnorodne, i gdy jedni przypisują pojawieniu się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu pewną wartość, inni stanowczo jej zaprzeczają. A przecież okoliczność, iż diazoreakcya nie występuje nigdy w moczu fizyologicznym, lecz tylko w pewnych moczach patologicznych, naprowadza na myśl jakiegoś ściślejszego jej związku z pewnemi sprawami chorobowemi.

W celu wyrobienia sobie własnego sądu, o ile diazoreakcya Ehrlicha w moczu ma znaczenie dla klinicysty w pojedyńczych przypadkach chorobowych, przedsięwziąłem cały szereg badań w tym kierunku, przyczem zużytkowałem wszystek materyał szpitalny, znajdujący się przez siedm miesięcy w moim oddziale. Diazoreakcyę wykonywałem przy pomocy kolegów sekundaryuszy i praktykantów codziennie, w każdym przypadku chorobowym, w godzinach przedpołudniowych i sam ściśle zapisywałem każdorazowy wynik, uwzględniając dokładnie przebieg kliniczny. W każdym przypadku zejścia śmiertelnego porównywałem, o ile przebieg kliniczny i rozpoznanie kliniczne odpowiadały zmianom anatomicznym. Przy wykonywaniu diazoreakcyi posługiwałem się zawsze odczynnikiem, każdego dnia świeżo sporządzonym, według przepisu Ehrlicha, a mianowicie: 50 cctm. odczynu Nr. I. (Acid. sulphanil. 5,0, Acid. hydrochlor. conc p. 50.0; Aquae destill. 1000,0) mięszałem z 1 cctm. odczynu Nr. II. (Natri nitrosi 0,50, Aquae destill. 100,0); cztery cctm. tak sporządzonego roczczynu mięszałem w próbówce z takąż samą ilością moczu badanego i po wstrząśnięciu próbówki dolewałem doń 1 cctm. amoniaku. W razie dodatniego wyniku, t. j. pojawienia się diazoreakcyi, ciecz w próbówce przybierała zabarwienie krwawoczerwone, lub burgundowoczerwone a również i piana, po powtórnem silniejszem zakłóceniu próbówki. Nadmienić należy, iż tylko zabarwienie krwawoczerwone, lub burgundowoczerwone, jest charakterystyczne dla diazoreakcyi Ehrlicha w moczu; wszelkie inne zbliżone zabarwienie, n. p. pomarańczowoczerwone, nie jest dla niej właściwe.

Diazoreakcyę Ehrlicha w moczu wykonałem 16,167 razy w 1,105 przypadkach chorobowych, mianowicie:

1) w przebiegu chorób narządu oddechowego	6483	razy w	435	przyp.	choroby
2) w przebiegu chorób narządu krążenia . .	2015	„	107	„	„
3) w przebiegu chorób narządu trawienia .	826	„	70	„	„
4) w przebiegu chorób nerkowych	1151	„	65	„	„
5) w przebiegu chorób układu nerwowego .	990	„	75	„	„
6) w przebiegu chorób krwi i nieprawidłowej przemiany materyi .	372	„	24	„	„
7) w przebiegu zatruć ostrych	64	„	13	„	„
8) w przebiegu rozmiękczenia kości . . .	47	„	6	„	„
9) w przebiegu duru brzusznego	836	„	40	„	„
10) w przebiegu zimnicy (malaryi)	337	„	61	„	„
11) w przebiegu róży .	887	„	59	„	„
12) w przebiegu gośćca stawowego i mięśniowego	971	„	67	„	„
13) w przebiegu zapalenia rzeżączkowego mięśni	22	„	2	„	„
14) w przebiegu stłuczenia ciała	101	„	12	„	„
15) w przebiegu ropni, ropnicy, posocznicy .	178	„	20	„	„
16) w przebiegu zapalenia gruczołu przyusznego	4	„	1	„	„
17) w przebiegu nowotworów	883	„	48	„	„
	16167		1105		

Przechodząc do poszczególnych spraw chorobowych rzecz się ma następująco:

I. Choroby narządu oddechowego.

a) Dławcowe zapalenie płuc i opłucny. *(Pleuropneumonia crouposa).* W 88 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego wykonano diazoreakcyę 873 razy. Diazoreakcya Ehrlicha nie jest stałym objawem w zapaleniu płuc włóknikowem. W 11 przypadkach, w których nastąpiło zejście

śmiertelne, jedynie tylko z powodu zapalenia płuc włóknikowego, bez jakiegokolwiek innego powikłania, przez cały czas spostrzegania klinicznego ani razu nie stwierdzono wyniku dodatniego; w 3 zaś tylko przypadkach, i to w przypadku jednym, gdzie, obok zapalenia płuc włóknikowego, dołączyło się i ropne zapalenie worka osierdziowego (pericarditis fibrino-purulenta), zakończonych zejściem śmiertelnem, można było stwierdzić przy każdem badaniu diazoreakcyę. Pomiędzy przypadkami wyleczonymi były kilkakrotnie i ciężkie zapalenia obustronne płuc, których okres wynosił 11 dni. Ujemny wynik badania na diazoreakcyę, pomijając przypadki zejścia śmiertelnego, stwierdzić można było w 47 przypadkach chorobowych; dodatni zaś, pomijając również przypadki śmiertelne, — w 33 przypadkach W jednym przypadku ciężkiego obustronnego zapalenia płuc gdzie przez cały tydzień gorączka wynosiła 40° C., tylko dwa razy można było zanotować wynik dodatni diazoreakcyi pomimo, że wykonywano ją codziennie przez 25 dni, gdyż chory z powodu ciężkiego nasilenia sprawy chorobowej bardzo powoli przychodził do zdrowia. W 21 przypadkach, pomimo że gorączka w zapaleniu płuc dochodziła 39° C., brak był zupełny diazoreakcyi. W 15 przypadkach zapalenia płuc obustronnego nie zauważono wcale diazoreakcyi. W przypadkach, w których wystąpiła diazoreakcya, utrzymywała się ona zazwyczaj do przełomu, poczem nagle spadała; w rzadkich przypadkach i po przełamaniu się gorączki utrzymywała się nadal przez kilka dni acz w słabszem nasileniu.

W przebiegu zgorzeli płuc (gangraena pulmonum), w następstwie zapalenia płuc włóknikowego, badano diazoreakcyą w 3 przypadkach: w 2-ch nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi pomimo wykonania jej 88 razy. W jednym przypadku, który zakończył się śmiercią, a sekcya stwierdziła jedynie tylko zgorzel płuc, wykonano 62 razy diazoreakcyę; w drugim przypadku chory opuścił szpital prawie zupełnie wyleczony a wykonano ją 26 razy. Natomiast w trzecim przypadku, gdzie wykonano 8 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem dodatnim, sekcya stwierdziła: *Gangraena pulmonis sin. ss. perforatione in cavum pleuriticum sin. Hypoplasia vasorum. Sepsis.*

b) Zapalenie płuc nieżytowe. (Bronchopneumonia lobularis). W zapaleniu płuc nieżytowem, z charakterem zapalenia płuc grypowego (influencyjnego), wykonano w 21 przypadkach 136 razy diazoreakcyę, zawsze z wynikiem ujemnym. W 1 tylko przypadku dwa razy można było zauważyć diazoreakcyę. Gorączka w tych przypadkach spostrzeganych dochodziła 38·9° C.; wszystkie zakończyły się pomyślnie.

c) Zapalenie nieżytowe oskrzeli. (Bronchitis). W przebiegu nieżytu oskrzelowego, połączonego z gorączką wykonano 94 razy diazoreakcyę w 14 przypadkach chorobowych, zawsze z wynikiem ujemnym.

d) Zapalenie opłucnej. (Exsudatum pleuriticum). W 13 przypadkach zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej wykonano diazoreakcyę w moczu 137 razy, prawie zawsze z wynikiem ujemnym. Diazoreakcya w przebiegu zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej nie ma donioślejszego znaczenia, gdyż w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, pomimo wykonania jej 36 razy, był jej brak, a w innych od czasu do czasu, — chociaż rzadko, — pojawiała się.

Natomiast w przypadku zapalenia ropnego opłucnej, w którym sekcya wykazała: *Exsudatum pleuriticum purulentum sin. ss. compressione et atelectasi pulmonis sin. Bronchitis purulenta. Peritonitis chronica adhaesiva. Peri-et parametritis adhaesiva* — diazoreakcya dała wynik zawsze dodatni. W przypadku tym wykonano diazoreakcyę 65 razy.

e) Gruźlica płuc. (Phthisis tuberculosa pulmonum). W przebiegu gruźlicy wykonano 4598 razy diazoreakcyę w 235 przypadkach.

Wykonywano ją codziennie i to:

w 5	przypadkach	przez	91—90 dni
w 2	„	„	84—80 „
w 5	„	„	80—70 „
w 7	„	„	70—60 „
w 7	„	„	60—50 „
w 11	„	„	50—40 „
w 20	„	„	40—30 „
w 7	„	„	30—20 „
w 70	„	„	20—10 „

a w pozostałych przypadkach po kilka razy i tylko w 8, w których nie stwierdzono gorączki, wykonano diazoreakcyę po razu. W 96 przypadkach wypadła diazoreakcya dodatnio, a w 139 ujemnie. W 71 przypadkach, w których diazoreakcyę stwierdzono, nastąpiła śmierć (reszta usunęła się z pod obserwacyi szpitalnej; zawsze jednak można było zauważyć znaczne pogorszenie w porównaniu ze stanem, jaki chorzy przedstawiali w chwili przyjęcia do szpitala). W kilku przypadkach (9) można było pierwotnie stwierdzić w szczytach płucnych nieznaczne zmiany, a jeśli diazoreakcya wystąpiła, sprawa chorobowa przybierała zawsze przebieg ostry i kończyła się niepomyślnie. Niejednokrotnie mogliśmy zauważyć, iż diazoreakcya wyprzedziła badanie bakteryologiczne i stanowiła wobec nieznacznych zmian gruźliczych w szczytach płucnych, bardzo ważną wskazówkę dla ocenienia sprawy chorobowej. Również stwierdzono, iż diazoreakcya nie zależy od ilości prątków w plwocinach. U chorego, u którego wykonano 70 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, pomimo kilkakrotnego wykazania w plwocinach bardzo znacznej ilości prątków gruźliczych, przebieg choroby był wcale korzystny, gdyż chory ze znacznem stosunkowo polepszeniem opuścił szpital. W innych zaś przypadkach, gdzie nie znaleziono pierwotnie w plwocinach prątków gruźliczych, a mimo to wystąpiła w moczu diazoreakcya, przebieg gruźlicy przybierał charakter ostry. W 139 przypadkach, w których diazoreakcyi ani razu nie stwierdzono w przebiegu gruźlicy płuc, chorzy opuścili szpital ze znacznem polepszeniem.

W 5 przypadkach gruźlicy prosówkowej płuc i narządów wewnętrznych (Tuberculosis miliaris), stwierdzonych sekcyą, wykonano 49 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem dodatnim. Zaznaczyć wypada, iż we wszystkich tych przypadkach diazoreakcya występywała bardzo silnie; zwykła jednak na dzień lub dwa dni przed śmiercią tracić na nasileniu. Pojawienie się stałe diazoreakcyi w przebiegu gruźlicy prosówkowej płuc i innych narządów wewnętrznych stanowi bardzo ważny czynnik rozpoznawczy dla tej choroby. Doświadczyliśmy tego w przypadku, gdzie wszystkie przypady chorobowe przez 18 dni, a mianowicie ogólna sinica, liczba 40 oddechów na minutę, rozsiany nieżyt drobnych oskrzelków, wysoka gorączka o torze przerywanym i to głównie występująca rano, poty etc. przemawiały za

sprawa prosówkową w miąższu płucnym. Tymczasem brak diazoreakcyi w moczu wykluczał gruźlicę prosówkową, co też w dalszym przebiegu klinicznym zyskało zupełne potwierdzenie.

Biegunka w następstwie owrzodzeń gruźliczych jelita nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, jeśli i płuca są dotknięte gruźlicą. Rozległe wrzody gruźlicze w jelitach stwierdzono sekcyą w 56 przypadkach; w innych przypadkach można było zawsze o istnieniu ich wnioskować, uwzględniając zmiany w płucach, z obrazu klinicznego, t. j. ciągłych i uporczywych biegunek, połączonych z morzyskiem.

Krwotok płucny nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi. Na 11 przypadków krwotoku płucnego stwierdzono w 6 przypadkach diazoreakcyę. W przypadkach tych przebieg sprawy chorobowej był niekorzystny, połączony z wysoką gorączką, a czas spostrzegania klinicznego po krwotoku wynosił od 5—48—68 dni. W 4 przypadkach nie stwierdzono diazoreakcyi, chociaż czas spostrzegania klinicznego po krwotoku wynosił 40 dni; chorzy też z polepszeniem opuścili szpital. Natomiast w jednym przypadku u mężczyzny, gdzie wśród krwotoku nastąpiło zejście śmiertelne, badanie na diazoreakcyę, codziennie wykonywane poprzednio przez 16 dni, dało wynik ujemny. W przypadku tym stwierdzono na stole sekcyjnym nieznaczne zmiany gruźlicze w szczytach płucnych, krwotok do jamy płucnej wskutek pęknięcia naczynia krwionośnego, nieliczne owrzodzenia gruźlicze w jelitach; przeważnie jednak zmiany znacznego zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego i innych narządów wewnętrznych. Zmarły okazywał za życia bardzo znaczny stopień ogólnej niedokrewności, przyczem od czasu do czasu występował u niego stan podgorączkowy.

Z chwilą stwierdzenia w moczu diazoreakcyi Ehrlicha rokowanie w gruźlicy jest prawie zawsze niepomyślne. Zazwyczaj bowiem, skoro się ona raz pojawi, więcej nie ustępuje i tylko, co do nasilenia, waha się, a tem samem stanowi zapowiedź szybkiego przebiegu gruźlicy. W bardzo tylko rzadkich przypadkach, — gdyż według naszego doświadczenia tylko w 2-ch przypadkach, — wydarzyło się, że chorzy po opuszczeniu szpitala i dostaniu się na długi czas w warunki korzystniejszego bytu, a szczególnie lepszej wentylacyi, nie okazywali diazoreakcyi przy powtórnem przyjęciu ich do szpitala i dopiero po dłuższym tu pobycie, występywała u nich znów diazoreakcya, zgodnie z pogorszeniem ogólnego stanu.

Powikłanie gruźlicy płuc i jelit z zapaleniem przewlekłem nerek (amyloidosis renum, nephritis chronica) powoduje wynik ujemny ze względu na diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. (Wogóle nie mogliśmy nigdy stwierdzić przy zapaleniu przewlekłem nerek, bez powikłania ze sprawą gruźliczą, diazoreakcyi). W jednym tylko przypadku, — na 3 dni przed śmiercią, otrzymaliśmy diazoreakcyę w moczu, — a odnośny protokół sekcyjny opiewał: „*Carernae parvae tuberculosae utriusque apicis pulmonum. Peribronchitis caseosa. Endocarditis verrucosa recens mitralis. Degeneratio amyloidea renum*“; w 6 zaś przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne w przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych, powikłanej zmianami przewlekłemi w nerkach, był brak diazoreakcyi do końca życia, przyczem w pojedynczych przypadkach chorobowych wykonano diazoreakcyę od 8—90 razy. Nadmienić należy, iż odnosi się to do zmian przewlekłych w nerkach; białkomocz bowiem, który występuje w ostrym przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych, nie paraliżuje wystąpienia diazoreakcyi w moczu. Ropnie w nerkach, a w ogóle ropnica, jako powikłanie gruźlicy narządów wewnętrznych, nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi. W jednym bowiem przypadku, gdzie autopsya stwierdziła: *Phthisis pulmonum. Peribronchitis caseosa nodosa. Ulcera tbc. intestinorum. Peritonitis suppurativa exsudativa. Nephritis apostematosa. Pyämia*, 7 razy przed śmiercią wykonana diazoreakcya dała zawsze wynik dodatni.

Gruźlica jamy otrzewnowej, wobec nieznacznych zmian w płucach i jelitach, nie daje diazoreakcyi w moczu. Spostrzeżenie to opiera się na 4-ch przypadkach, z których jeden zakończył się śmiercią. W tym ostatnim przypadku wykonano 44 razy diazoreakcyę, prawie zawsze z wynikiem ujemnym, a sekcya wykazała: *Peribronchitis tuberculosa lobi superioris pulmonis sin. Bronchitis purulenta. Bronchiectases. Peritonitis tbc. adhaesiva. Tuberculosis nodosa lienis. Leptomeningitis fibrosa. Atrophia musculi cordis. Anasarca maj. gradus. Anaemia permagna univ.*

Jeśli gruźlica umiejscowia się przeważnie w narządzie moczopłciowym, diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie zawsze występuje. W jednym przypadku u kobiety 80-letniej, u której z powodu rychłego zejścia śmiertelnego, wykonano zaledwie 3 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, sekcya stwierdziła: *Endometritis et salpingitis tbc. Tuberculosis peritonei*. W drugim przypadku, u dziewczyny 14-letniej z pierwotną gruźlicą nerki prawej, występowała diazoreakcya Ehrlicha w moczu tylko od czasu do czasu i wskazywała zawsze na rozpad ogniska serowatego w miąższu nerkowym, skoro poprzedzała krwawe moczenie, tudzież pojawianie się prątków gruźliczych w rozpadłych bryłkach serowatych, pośród osadu moczowego się znajdujących.

Ropienie na tle gruźliczem (abscessus frigidus) może wywoływać diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, która po otwarciu ropnia ustępuje. Nerki jednak nie mogą przedstawiać naówczas cech przewlekłego zapalenia.

Jeśli w przebiegu gruźlicy płuc dołączy się zgorzel płuc (Gangräna pulmonum), diazoreakcyi może brakować. Dowodzi tego przypadek chorobowy, w którym 47 razy wykonano diazoreakcyę, zawsze z wynikiem ujemnym.

f) Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum). W 53 przypadkach rozedmy płuc wykonano 580 razy diazoreakcyę. Zawsze wynik jej był ujemny. Największa liczba reakcyj w pojedynczym przypadku wynosiła 30, 32, 35, 46 razy. Zejście śmiertelne nastąpiło w 11 przypadkach i do tych przypadków należy odnieść największą ilość spostrzeżeń. W każdym przypadku można było stwierdzić objawy niedomogi mięśnia sercowego, w mniejszem lub w większem nasileniu. Biegunka i białkomocz, jako wyraz zastoju żylnego w trzewach brzusznych, nie wpływały na diazoreakcyę. Dusznica piersiowa (asthma bronchiale) towarzyszyła 2 razy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem.

Podał
Dr. Teodor Bałłaban,
okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

W dzisiejszych czasach, kiedy szczególnie przez dokładne prace Hirschberga nasze wiadomości o wrodzonych utworach tkanki łącznej w ciałku szklanem znacznie się rozszerzyły i ustaliły, można błędów tego rodzaju łatwo uniknąć. Nie należy jednak tak bardzo spuszczać się na to, że Wecker twierdzi, iż nitkowiec nadzwyczaj rzadko znajduje się w oku ludzkiem, ponieważ po dziś dzień jest dostatecznie wiadomem, że rzadko spotykamy się z opisem tego pasorzyta li tylko u autorów europejskich. W Afryce, gdzie jest udowodnionem, że niezliczone ilości liszek (Larve) nitkowca bardzo często znajdują się we krwi tubylców i że te również w znacznej ilości w wodzie przebywają, zkąd przez picie łatwo dostają się do ustroju ludzkiego, ograniczenie to nie może mieć miejsca. W obecnych czasach została już i europejska literatura wzbogaconą liczniejszymi opisami tego przedmiotu. Nitkowiec daje się spostrzegać w oku ludzkiem najczęściej pod spojówką, zkąd też można go po większej części z łatwością usunąć. Rzadziej go się spostrzega w przedniej komórce oka, gdzie zwykł swobodnie pływać. Takich spostrzeżeń dostarczyli nam Dracke-Brockmann [1]), Gauthier [2]), Lacompte [3]), van Duyse [4]). Copper [5]) opisał nitkowca w tęczówce. Spostrzeżenia innych autorów (Malgat [6]) i Everschbusch [7]) odnoszą się znowu do umiejscowienia nitkowca w ciałku szklanem. Właśnie znajdujący się w ciałku szklanem nitkowiec mógłby pod pewnymi warunkami dać powód do pomięszania go z cewkowatymi utworami tkanki łącznej. Obecnie rozporządzamy nie tylko spostrzeżeniami klinicznemi, ale również i zupełnemi badaniami anatomo-patologicznemi. Tego rodzaju opisy zawdzięczamy Ludwigowi i H. Sämischowi [8]), a przedewszystkiem Hirschbergowi [9]), który nas obdarzył swoją znakomitą monografią o nitkowcu.

Gdy się jednak dokładnie rozpatrzymy w literaturze, to możemy zauważyć, że w pewnych warunkach brano czasem cewkowate utwory tkanki łącznej za wągra śródocznego.

Hirschberg [10]) wspomina w swej pracy o tym przedmiocie, że podobne błędy wydarzały się nawet najlepszym okulistom. Należy wspomnieć, że A. v. Graefe [11]) wykrył w r. 1855 wągra śródocznego, którego Hirschberg w 12 lat później rozpoznał, jako wrodzony utwór tkanki łącznej w ciałku szklanem. W tym samym mniej więcej czasie ogłosił Liebreich [12]) podobny przypadek. W r. 1878 opisał Goldzieher [13]) przypadek wągra w ciałku szklanem, jako bardzo dziwny jakiś stały utwór tkanki łącznej, który później rozpoznano jako tętnicę ciałka szklanego przetrwałą (arteria hyaloidea persistens) w połączeniu ze szczeliną nerwu wzrokowego i naczyniówki (coloboma nervi optici et chorioideae). W r. 1888 przedstawiał Despagnet [14]) chorego z dziwacznymi mętami ciałka szklanego, które były bardzo zbliżone kształtem do wągra.

Wszystkie te opisane tutaj przypadki mają tę wspólną cechę, że te utwory tkankołączne biorą swój początek opodal nerwu wzrokowego, zkąd, w poprzek ciałka szklanego, sięgają do przedniego bieguna gałki ocznej, co łatwo może potwierdzić zdanie Hirschberga, że są one pozostałością zgrubiałej tkanki łącznej, otaczającej płodową tętnicę ciałka szklanego [15]).

Nie tak jednak pojedyńczo przedstawia się rzecz ta w przypadkach tego rodzaju, jaki powyżej opisałem. Pominąwszy już tę okoliczność, że w opisanym przezemnie przypadku cewkowate te utwory nie stoją w żadnym kierunku w połączeniu z dnem oka, nie mają nadto kształtu bańki, a tem samem nie można ich uważać za wągra.

Ponieważ więc z tego, co powyżej powiedziałem, wynika, że przy ocenianiu cewkowatego utworu tkanki łącznej tego rodzaju, jaki znachodził się w oku mego pacyenta i okulista może przypuszczać, że ma tu do czynienia z wnętrzakiem w głębi oka, należałoby jeszcze tylko rozstrzygnąć, czy opisany utwór jest wrodzonym, czy też nabytym. Już na początku tej pracy wspomniałem obszerniej, jakiego rodzaju są te utwory w ciałku szklanem, które pochodzą z życia płodowego. Ponieważ w przypadku moim brakuje najważniejszego kryteryum, któreby wskazywało na pochodzenie płodowe tego utworu, a mianowicie brakuje związku z środkowemi naczyniami tarczy wzrokowej, który musiałby istnieć przy każdego rodzaju utworze tkanki łącznej, jako wyraz pozostałości płodowej tętnicy ciałka szklanego lub też przewodu Cloqueta; lub też musiałby co najmniej przedstawiać się jako nitka, przyczepiona do naczyń środkowych, chociażby nawet ta nie była połączona z utworem tkankołącznym w ciałku szklanem, — musimy go uważać koniecznie jako nabyty. Uważam go jeszcze dlatego za nabyty, gdyż posiada on tak dziwnie nieprawidłowe kształty, że nie da się z nich wyprowadzić jego pochodzenie z życia płodowego.

Wreszcie nie należy zapominać, że w oczach o bardzo wysokim stopniu krótkiego wzroku ze zmianami zapalnemi w naczyniówce, a szczególnie w oczach, które ulegały krwotokom do ciałka szklanego, dają się częstokroć spotykać wprawdzie o wiele mniejsze i pojedyńcze maczugowate, kuliste lub nawet i cewkowate utwory, które, nie będąc przyczepionymi do tarczy nerwu wzrokowego, znajdują się zwykle przed nią, wolno pływając. Są one po większej części równoległe

---

[1]) Dracke-Brockmann. Filaria oculi humani. Ophth. Review p. 331. 1894 rok.

[2]) Gauthier. Fiaire de l'oeil humain. Annal. d'Oculist I. CXIV. p. 152. 1895.

[3]) Filaria loa. Annal de la société de Grand 1894.

[4]) Van Duyse. Un cas de filaire dans le chambre antérieure d'un oeil humain. Arch. d'Ophth. XV. p. 701. 1895.

[5]) Copper. Filaria loa. Archiv d. Ophth. XIV. p. 557. 1895.

[6]) Malgat. Filaire ou dragounceau du corps vitré. Recueil d'Ophth. p. 280. 1893.

[7]) Everschbusch. Glaskörper Entozoon. Bericht über die XXI. Versammlung der Ophth. Gesellsch. Heidelberg. 1891.

[8]) Ludwig u. H. Sämisch. Ueber Filaria loa im Auge des Menschen. Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie LX. p. 726.

[9]) Hirschberg. Ueber einen aus dem menschlichen Augapfel entfernten Fadenwurm. Berliner klinische Wochenschrift 1895. Nr. 44.

[10]) Hirschberg. Ueber den s. g. schlauchartig eingekapselten Cysticercus des Glaskörpers. Centralblatt für Augenheilk. 1893 p. 135.

[11]) A. v. Graefe. Fall vom Cysticercus im Innern des Auges. Archiv für Ophthalm. II. 1. p. 259.

[12]) Liebreich. Cysticercus im Glaskörper. Archiv für Ophthalm. I. 2. pag. 343.

[13]) Goldzieher. Cysticercus cellulosae im Corpus vitreum. Pester med. chir. Presse XIV. Nr. 29 u. 30.

[14]) Despagnet. Cas présumé de cisticerque du corps vitré. Recueil d'Ophthalm. p. 513.

[15]) l. c. p. 139.

do osi podłużnej oka i właśnie ta okoliczność budzi w nas szczególniejsze zajęcie. Jakkolwiek jednak to odchodzi nieco od przedmiotu, chciałbym mimo to tym szczegółom poświęcić słów kilka. Stilling [1]) wykazał istnienie walcowatej szpary w ciałku szklanem; a lubo ta anatomicznie nie została w oku ludzkiem na pewno zbadaną, to jednak istnienie jej jest bardzo prawdopodobnem. Jeżeli zatem na tylnym biegunie oka przyjdzie do krwotoków lub jakiego lekkiego wysięku, to można bardzo łatwo przypuścić, że masy te wciskają się do tej szpary i tam powodują zagęszczenie, a więc opisane wyżej maczugowate, lub też nieregularne, biczowate utwory są nabytymi zgrubieniami ścian przestworu ciałka szklanego. Jeżeli więc wybroczyna ta przebije ze szpary ciałka szklanego do samej istoty ciałka, czemu i następowe zagęszczenie tkanki towarzyszyć musi, to mogą w ten sposób powstać podobne nieregularnie rozgałęzione utwory, o których kilkakrotnie powyżej wspomniałem. I tymże sposobem tłómaczę sobie powstanie tego, dziwnie rozgałęziającego się utworu cewkowatego w oku mego chorego, który spowodował niniejszą pracę. Chcę jeszcze tu dodać, że obok ogólnego zwapnienia tętnic, można było je stwierdzić w naczyniach siatkówki, i wytłómaczyć powstanie utworu tkanko-łącznego przez prawdopodobny poprzedzający wysięk krwawy do ciałka szklanego. Naturalnie, rozumie się samo przez się, że jest także możliwem, iż w wysoko krótkowidzących, lub też wogóle chorych oczach, przewlekłe zapalne zmiany w ciałku szklanem i bez pośrednictwa krwotoku mogą doprowadzić do zagęszczeń tkanki w obrębie przewodu środkowego ciałka szklanego, a tem samem stać się powodem powstania cewkowatych, lub też im podobnych postaci tkanko-łącznych.

III. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Badania kliniczne wyników obustronnego trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego [2])

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

Jeżeli zastanowimy się nad różnorodnością postaci klinicznych przerostu gruczołu krokowego, jeżeli uwzględnimy rozmaitość objawów u różnych chorych, a nawet u jednego chorego, odpowiednio do okresu choroby, to pojmiemy łatwo tę trudność, która występuje w ocenianiu wyników leczniczych, otrzymanych zapomocą różnych zabiegów operacyjnych. Nie wystarczy tu bowiem, nawet zgodnie z klasyfikacyą kliniczną prof. Guyona, odróżniać chorych, mogących opróżnić pęcherz i takich, którzy cierpią na zatrzymanie moczu niezupełne, z rozszerzeniem pęcherza lub bez niego, lecz koniecznem jest uwzględnienie objawów ostrych, zależnych od przekrwienia lub zakażenia. Obadwa te czynniki, wpływające z jednej strony na rozmiary samego gruczołu krokowego, z drugiej powodujące rozmaite objawy ze strony pęcherza, odbijają się wyraźnie zarówno na obrazie klinicznym cierpienia, jak i na wynikach stosowanych tu metod leczniczych.

Ażeby ocenić wyniki stósowania trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, koniecznem jest zdawanie sobie sprawy ze wszystkich tych czynników, wniknięcie w szczegóły spostrzeżeń klinicznych, wreszcie baczenie na ostateczny stan przebiegu choroby. Niestety, ogłaszane spostrzeżenia są zbyt mało dokładne: mówi się w nich o poprawie lub wyleczeniu, nie wspominając nic o warunkach, w jakich je otrzymano; posiadają one przeto wartość bardzo względną. Dla oceny wpływu obustronnego trzebienia w przeroście gruczołu krokowego zestawiliśmy wyniki operacyj, wykonanych przez nas, i spostrzeżenia inne, dostatecznie dokładne, lub przedstawiające szczególny interes, dzieląc wszystkie przypadki chorobowe na cztery gromady, a mianowicie: 1) przypadki prostatyzmu bez zatrzymania moczu; 2) przypadki o zatrzymaniu moczu ostrem; 3) przypadki o zatrzymaniu niezupełnem, wreszcie 4) zatrzymanie przewlekłe zupełne. Wpływ zaś operacyi rozpatrzymy w stosunku do: 1) gruczołu krokowego i 2) pęcherza.

I. Działanie na gruczoł krokowy.

Ogólnie rzec można, iż trzebienie obustronne zmniejsza rozmiary przerosłego gruczołu i że zbitość guza staje się większą. Badając wielkość gruczołu u chorych, według podanych kategoryj, stwierdzić możemy, że zmniejszenie się jego podane jest we wszystkich przypadkach u prostatyków cierpiących na trudności w oddawaniu moczu lub też na ostre jego zatrzymanie, podczas gdy owo zmniejszenie niekiedy, aczkolwiek rzadko nie występuje, w przypadkach zatrzymania przewlekłego zupełnego, lub niezupełnego. Badanie naszych własnych spostrzeżeń potwierdza i dopełnia wyniki innych autorów. Jeden z nas wykonał 6 razy obustronne trzebienie, 2 razy w przypadkach zatrzymania moczu przewlekłego zupełnego i 4 razy w przypadkach takiegoż zatrzymania niezupełnego. U żadnego z tych chorych nie zauważyliśmy widocznego zmniejszenia gruczołu w ciągu pierwszych dni. U jednego z nich zmniejszenie było widoczne dopiero w miesiąc po operacyi, u innych trzech dopiero po 3—5 miesiącach, wreszcie u szóstego chorego zanik występował jeszcze wolniej.

Zaznaczyliśmy ju dawniej i teraz zwracamy uwagę na takie spóźnione i wolno postępujące zaniki gruczołu krokowego, stanowiące następstwo obustronnego trzebienia. Pod tym względem dwa z pomiędzy naszych spostrzeżeń godne są uwagi. Pierwsze z nich dotyczy 63-letniego chorego, cierpiącego od lat kilku na zatrzymanie moczu przewlekłe niezupełne, o pozostałości wynoszącej 300 gramów. Badaniem przez odbytnicę stwierdzić można było przerost miękki dość znacznego stopnia. Chory był operowany we wrzesniu 1895 roku; w sześć miesięcy później wymiary gruczołu krokowego były takie same jak przed operacyą, w 13 miesięcy potem gruczoł zaczął się zmniejszać i dopiero 25 miesięcy po trzebieniu zmniejszenie się gruczołu było wybitne. Podobnież u drugiego 72-letniego chorego, z zatrzymaniem moczu niezupełnem, o pozostałości 350 gramowej, dopiero w 13 miesięcy po operacyi gruczoł zmniejszył się o połowę, zaś po 25 miesiącach był już mały i miękki.

Takie spostrzeżenia długoterminowe są najciekawsze, dowodzą bowiem, iż możliwe są wyborne wyniki lecznicze, w tych nawet przypadkach, gdzie, w ciągu pierwszych miesięcy po operacyi, nie można stwierdzić żadnej poprawy, ani zmniejszenia gruczołu krokowego. Dane te są tem ważniejsze, że pozwalają ocenić odpowiednio wartość spostrzeżeń tych autorów, którzy, po trzebieniu, zaznaczają brak zaniku gruczołu czy to u żyjących, czy na zwłokach, co stwierdzić należy dopiero w bardzo duzym odstępie czasu po operacyi.

Chcąc wytłómaczyć sobie przyczyny zmniejszenia rozmiarów gruczołu krokowego, po obustronnem wytrzebieniu, winniśmy powtórzyć to, co powiedzieliśmy przed 3 laty. „Obok zmniejszenia, zależnego od zaniku gruczołu, należy ważną w tym względzie rolę przypisać i zniknięciu przekrwienia“. Że trzebienie obustronne wpływa ujemnie na czynnik przekrwienia, jest to oczywiste, gdyż liczne są przypadki, w których zmniejszenie rozmiarów gruczołu wystę-

---

[1]) Stilling. Ueber die Genese des Glaucoms. Bericht über die XVII. Versamml. der ophthalm. Gesellsch. in Heidelberg p. 37

[2]) Streszczenie obszernej pracy, ogłoszonej przez autorów w *Annales des org. gén. urin.*

puje wyraźnie już zaraz w ciągu pierwszych dni po operacyi. Rzecz prosta, nie możemy tego tłómaczyć zanikiem samego gruczołu. Za takiem ustępowaniem przekrwienia przemawia jeszcze i to, że, w ostrych przypadkach utrudnienia moczenia, zmniejszenie się gruczołu po wytrzebieniu zjawia się daleko szybciej, niż w przypadkach zatrzymania przewlekłego. Wiemy zaś, jak przeważne ma znaczenie przyczynowe przekrwienie w ostrem zatrzymaniu moczu u prostatyków, jak niewiele wpływa znów ten czynnik w cierpieniach przewlekłych.

Czy rzeczywiście w następstwie obustronnego trzebienia powstaje zanik gruczołu krokowego, powodujący zmniejszenie jego rozmiarów? Z punktu teoretycznego sprawa ta przedstawia się następująco: Z jednej strony dowiedzionem jest [1]), że u wszystkich zwierząt domowych trzebienie obustronne powoduje w każdym wieku zanik gruczołu krokowego. Zabieg ten u człowieka młodego sprowadza taki sam wynik, a według wszelkiego prawdopodobieństwa te same następstwa wystąpią u dorosłych i u starców. Z drugiej strony udowodniono, iż w $^{2}/_{3}$ przypadków przerostu gruczołu krokowego istnieje nadmierny rozrost tkanki gruczołowej [2]). Wobec tego więc trzebienie obustronne winno wywołać zanik gruczołu w przypadkach przerostu tak samo, jak to widzimy w przypadkach prawidłowych.

Istnieje jednakże pewna liczba przypadków przerostu gruczołu krokowego, w których podścielisko bywa rozwinięte stosunkowo obficiej, niż miąższ gruczołowy. Zachodzi więc pytanie, czy i w tych przypadkach można spodziewać się pomyślnego wyniku po wytrzebieniu? Jednak i tu znajduje się zawsze pewna ilość tkanki gruczołowej, która, nawet w tak zw. gruczołach włóknistych, zajmuje zwykle $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ objętości. Wobec tego, trzebienie okaże tu analogiczne działanie na tkankę gruczołową, jak i w zwykłych postaciach przerostu, nadto operacya ta powoduje zanik i pierwiastków mięśniowych. Co się zaś tyczy tkanki łącznej, to ujemne na nią działanie trzebienia nie zostało jeszcze stwierdzone doświadczalnie. Wnosić więc ztąd możemy, iż trzebienie obustronne wpływać może zmniejszająco na rozmiary gruczołu i w tych przypadkach, gdzie tkanka gruczołowa ma znaczenie w przeroście drugorzędne, aczkolwiek działanie to bywa tu znacznie słabsze.

Należałoby jeszcze zastanowić się, czy zanik w następstwie operacyi dotyczy całego gruczołu krokowego, czy też ogranicza się do pewnych jego części. Sprawa ta mało jest dotychczas wyjaśniona: rzec jednakże można, że zanik dotyczy wszystkich części gruczołu, aczkolwiek rozwój jego nie zawsze bywa jednostajny i równoległy we wszystkich częściach. Twierdzenie Desnosa, jakoby zanikowi nie ulegała część „wewnątrzpęcherzowa“, t. j. stercząca do jamy pęcherza, jest nieumotywowane i niema za sobą żadnych danych potwierdzających.

To co powiedzieliśmy dotychczas o następstwach trzebienia obustronnego w przeroście gruczołu krokowego da się streścić w następujących punktach:

1. Było rzeczą słuszną przypuszczać *a priori*, że wytrzebienie obustronne wpłynie zmniejszająco na rozmiary przerosłego gruczołu krokowego, szczególnie w postaciach zależnych od rozrostu tkanki gruczołowej.

2. Przypuszczenie to, aczkolwiek dane anatomiczno-patologiczne nie są jeszcze dostateczne, potwierdza doświadczenie kliniczne.

3. Zmniejszenie rozmiarów przerosłego gruczołu zależy początkowo od ustąpienia przekrwienia, później zaś od rzeczywistego zaniku gruczołu.

4. Zanik ten może występować późno, w 6 i więcej miesięcy po operacyi i postępować jeszcze po 2 latach; niekiedy dochodzi on takiego stopnia, iż nie da się wyczuć wcale gruczołu przez odbytnicę.

5) Niekiedy zanik występuje silniej w niektórych częściach gruczołu i dotyczy zarówno i części sterczących do światła pęcherza.

6. Obecnie nie możemy zapewnić, iż każdy gruczoł ulegnie zanikowi po wytrzebieniu, ani też orzec, do jakiego stopnia zanik ten dojdzie w danym przypadku. Możliwe jest nawet, iż w niektórych przypadkach zanik może nie nastąpić.

(Dokończenie nastąpi).

1) Albarran et Motz. *Congrès d'urologie*, 1897.

2) Motz. Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. *Przegląd lekarski*, 1897, 2—4.

IV. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Ciąg dalszy).

Drugą część swego wykładu poświęcił Kassowitz rozpatrzeniu sprawy prątka Löfflera. Swoistość tego drobnoustroju łączy się ściśle ze skutkami, przypisywanymi surowicy. Behring wyraził bowiem zdanie, że surowica przeciwdziała tylko wpływowi tego prątka i jego jadów. Kassowitz przeczy swoistości tego prątka: w przyjęciu bowiem tego drobnoustroju za taki, który wywołuje błonicę, widzi wiele sprzeczności, wiele rzeczy, niedających się wyjaśnić. Przyznaje, że sam początkowo przyjmował swoistość tego prątka dla pierwotnej błonicy w pojęciu Bretonneau, bo i klinicyści rozróżniali błonicę pierwotną i następową; musiał jednak swoje zdanie zmienić, gdy późniejszemi badaniami Ranke wykazał prątki Löfflera w 54·5$^{0}/_{0}$ przypadków błonicy następowej, towarzyszącej płonicy. Nasunęły się też inne wątpliwości.

Tak n. p. nie da się zdaniem K. pogodzić przyjęcie prątka błoniczego za taki, który wywołuje błonicę, z faktem udowodnionym, że jadowite prątki Löfflera znachodzą się w jamie ustnej osób zdrowych (według Fiebingera w 19·2$^{0}/_{0}$, według Variota nawet w 40$^{0}/_{0}$). Niejasnem jest także, dlaczego rana pokrywająca się nalotem, po wycięciu migdałków, nie staje się błoniczą, pomimo, że prątki Löfflera znajdują się w jamie ust? dlaczego znachodzimy prątki u ozdrowieńców, którzy już przebyli błonicę? dlaczego nie ulegają oni nawrotowi choroby? zkąd biorą się prątki błonicze, w ropniach, w raku wodnym (noma), wreszcie w plwocinie suchotników? Celem wytłómaczenia tych sprzeczności, wymyślono odporność, twierdząc, że osobnik, posiadający w swojej krwi ciała ochronne, czyli osobnik odporny lub do błonicy nie skłonny, może bezkarnie hodować w swojej jamie ustnej nawet jadowite prątki błonicze.

Tłómaczenie takie zmienia jednak zasadniczo nasze pojęcia o chorobach, a rozumując tak dalej, musielibyśmy nazywać błonicę, nie chorobą wywołaną prątkiem Löfflera, lecz raczej czasowem zniesieniem odporności przeciw prątkowi błoniczemu u danego osobnika.

Tego rodzaju zapatrywania doprowadziłyby musiały do zamieszania dotychczasowych pojęć i do daleko idących zmian w przeprowadzeniu praktycznych przepisów oddzielania chorych od zdrowych.

Jeżeli bowiem Frankel, we wniosku postawionym w niem. Towarzystwie opieki zdrowia, żąda oddzielania nie tylko chorych na błonicę, ale także ozdrowieńców i zdrowych nawet, u których stwierdzi się prątki, to idąc konsekwentnie dalej, należałoby zaprowadzić dla wszystkich obowiązkowe badania jamy gardła, ze względu na prątki błonicze, tak jak istnieją dziś badania kobiet publicznych, ze względu na choroby płciowe, lub też, idąc konsekwentnie w odwrotnym kierunku, nieoddzielać zupełnie chorych błoniczych, bo nieusposobieni jej nienabędą.

Z tych kłopotów i niedorzeczności wybawi nas zdaniem Kassowitza tylko to przekonanie, że prątek Löfflera nie wywołuje błonicy, że nie jest on wogóle dla człowieka patogenetycznym.

Po odczycie Kassowitza pierwszy zabrał głos prymaryusz Dr. Schopf, a to celem sprostowania błędnie przedstawionych dat, dotyczących szpitala św. Elżbiety.

W szpitalu tym bowiem śmiertelność w przypadkach operowanych wynosi, przy stosowaniu surowicy i intubacyi, 60% a nie jak to K. przedstawił 80%; stwierdza także, że wypowiedziane wogóle o szpitalach zdanie, jakoby obecnie przyjmowały przeważnie lekkie przypadki, niemoże się odnosić się do szpitala św. Elżbiety, gdyż w zakładzie tym z zasady przyjmuje się tylko te przypadki błonicy, które ze względu na groźny stan natychmiast przyjęte być muszą.

Po kilku słowach Kassowitza, w których on przyznaje się do pomyłki, co do szpitala św. Elżbiety, zabiera głos kierownik oddziału dla chorób zakaźnych w szpitalu Franciszka Józefa, Dr. Obermayer: stwierdza przedewszystkiem, że nieprzyjmowano w ostatnich latach więcej przypadków błonicy, niż dawniej, ani też nieprzyjmowano przypadków lżejszych, a mimo to, począwszy od ćwierćrocza, w którem zastosowano surowicę, śmiertelność zmniejszyła się; podczas bowiem kiedy dawniej dochodziła do 33%—49%, obecnie przy surowicy waha się między 7%—32% tak, że obecne *maximum* nie dosięga dawnego *minimum* śmiertelności. Zmniejszyła się też znacznie śmiertelność z dławca: przy prawie tej samej liczbie przypadków zmierało w czasach przed surowicą, w roku 1893 = 82·3%, 1894 = 77·3%. a w r. 1895 już przy stosowaniu surowicy 30%, w roku 1896 = 26·7%, r. 1897 = 48·5%. Na podstawie też własnego doświadczenia oświadcza się O. za surowicą, zwraca przytem uwagę, że przy surowicy błonica nie szerzy się na krtań, nadto, że przypadki łagodne z początku, nie przechodzą w błonicę złośliwą. Wiedziano już od czasów Trousseau, a stwierdzali to zawsze do ostatnich czasów klinicyści, że czasami błonica, w pierwszych dniach łagodna, zmieniała swój dobrotliwy charakter, przechodziła w postać złośliwą, śmiertelną; od czasu stósowania surowicy, ani jeden przypadek nie zmienił się w ten niekorzystny sposób, a Obermayer uważa to za wielką zdobycz nowej terapii. Nie jasne dla Kassowitza działanie jadów błoniczych w pierwszym początku choroby na tkankę nerwową porównywa z działaniem fosforu; fosfor opuścił już ustrój zupełnie, a zmiany, wywołane jego obecnością w ustroju, trwają czas dłuższy.

Doc. Fronz, jako asystent kliniki chorób dzieci, zaprzecza, aby obecnie przyjmowano przypadki lżejsze; jak dawniej tak i dzisiaj chorzy zgłaszają się późno, a i lekarze niechętnie odsyłają do szpitali przypadki łagodne. Śmiertelność zmniejszyła się stanowczo po wpływem surowicy. Podczas bowiem gdy w r. 1891 zmarło na błonicę 83·3% leczonych, w r. 1892 76·2%, 1893 = 83·8%, 1894 = 76·2%, to w r. 1895 tylko 37·6, r. 1896 25%, r. 1897 = 33·9%. Poprawiły się też znacznie wyniki po intubacyi i tracheotomii; dawniej ginęło przeciętnie 64.8%, obecnie przeciętnie 33·3% (Fronz prostuje też w tem miejscu mylnie przez Kassowitza podaną obecną śmiertelność 64·7%).

Fronz zauważył stanowczo zmianę w przebiegu przypadków błonicy, leczonej surowicą; obecnie nie spotyka się prawie zupełnie błonicy na ranie tracheotomijnej, rzadkie są zapalenia nerek, stanowczo rzadziej przytrafiają się porażenia pobłonicze.

„Sądziłem — powiada w końcu Fronz — że przeciwnicy surowicy wydobędą na jaw jakieś jej nieznane ujemne strony, przedstawią, jak bardzo ona jest szkodliwa; tymczasem nic takiego niepodniesiono. Wszyscy też zgodzić się muszą, że niema dawki, w którejby surowica działała śmiertelnie; a ponieważ i objawy uboczne są mniejsze, niż przy użyciu innych środków, ztąd też obowiązkiem jest lekarza, od któregoby się w danym razie i Prof. K. nieusunął, surowicę stósować“.

Po Fronzu zabrał głos najpierw Fraenkel i podniósł znaczną poprawę wyników tracheotomii w dławcu w szpitalu Karoliny, pod wpływem surowicy, następnie poraz wtóry zgłosił się do głosu Dr. Kretz:

Na zestawieniach liczb, wyjętych z urzędowych sprawozdań (Öst. Sanitaets-Wesen), wykazuje najpierw, że liczba urzędowo doniesionych przypadków błonicy nie zwiększyła się wcale z chwilą wprowadzenia surowicy, że owszem znacznie większą była kilka miesięcy przed tem, że więc zupełnie bezpodstawnem jest twierdzenie Kassowitza o pochopności w rozpoznawaniu i leczeniu surowicą w tym czasie przypadków, nieuznawanych dawniej za błonicę. Z innego zestawienia, w którem porównano w tym samym czasie odsetek śmierci przypadków zastrzykiwanych i niezastrzykiwanych wynika, że śmiertelność w tej samej epidemii, w tych samych warunkach, wynosiła u nieleczonych surowicą w roku 1896 35·4%, w r. 1897 37·9%, u leczonych zaś w roku 1896 14·5, w r. 1897 15·8%. Porównanie tych wyników jest jednym z najpewniejszych dowodów skuteczności surowicy; trudno bowiem przypuścić, aby rządził tu przypadek i aby zastrzykiwano same tylko przypadki lżejsze, zdając cięższe na inną terapię.

Posiadamy też inne dowody, przekonujące, że zmniejszanie się śmiertelności zależne było wprost od stósowania surowicy. Porównywując czas zmniejszania się śmiertelności z czasem wprowadzenia surowicy, zobaczymy, że daty te nakrywają się w zupełności, równocześnie też zauważyć możemy, że w tym samym czasie trzymała się dawnej wysokości śmiertelność z błonicy w tych szpitalach, w których jeszcze surowicy niewprowadzono. Tak n. p. zmniejszyła się śmiertelność w szpitalu Franciszka Józefa dopiero z początkiem r. 1895, bo też dopiero w tym czasie wprowadzono surowicę, podczas gdy spadła już w IV ćwierćroczu 1894 roku w szpitalu św. Anny, ale też w tym szpitalu stósowano surowicę już od września 1894 r. Ta zgodność czasu wyklucza wszelkie wątpliwości, aby zmniejszenie się śmiertelności mogło zależeć od łagodnej epidemii; czy mógł być innym w tym samym czasie *genius epidemicus* dla szpitala Franciszka Józefa, niż dla szpitala św. Anny?

Oprócz tych liczb przemawiają również za surowicą spostrzeżenia kliniczne. I tak n. p. rzadkie są dziś ciężkie postacie zgorzelinowe, niemniej bardzo rzadkie są te postacie błonicy nosa, w których śmierć była typowym przykładem zakażenia ustroju jadami błoniczymi.

Kretz odpiera w dalszym ciągu zarzuty podniesione przez Kassowitza przeciwko przyjęciu swoistości prątka Löfflera z tego powodu, że znajduje się on prócz błonicy w wielu innych chorobach, niewywołując jednak żadnych zmian. Przeciw tym twierdzeniom przytacza Kretz własne badania; przyznaje, że stwierdził kilkadziesiąt razy prątki Löfflera w płonicy, ale też wtedy znachodziły się zmiany anatomiczne, dozwalające rozpoznać, obok płonicy, wikłającą ją błonicę; nigdy zaś nie napotkał prątków błoniczych ani w odrze, ani w płonicy, gdy zmian nie było. Nadmienia także, że i drugie twierdzenie Kassowitza o znachodzeniu się prątków błoniczych w plwocinach suchotników, nie jest prawdziwe, badał bowiem taką plwocinę blisko 1500 razy, zawsze z wynikiem ujemnym.

Urzędowe wykazy stwierdzają, tak kończy Kretz, że zaledwie $^{1}/_{3}$ przypadków błonicy w r. 1897 była leczoną w Austryi surowicą. Wykazy te stwierdzają też wysoką śmiertelność 37·9%. Widocznie wielu lekarzy nie stosuje dotąd surowicy, spodziewać się jednak należy, że to dzisiejsze dokładne roztrząśnienie tej sprawy będzie miało ten skutek, że zachęci niejednego do prób, a już to podjęcie prób trzeba będzie uważać za zdobycz; ci wszyscy, co próby podejmą, staną się zwolennikami surowicy, bo mogą być tacy lekarze, którzy wątpią w jej skuteczność, nieufają nowemu środkowi i wytrwale go nie stosują, ale niema takich, którzyby po jednorazowem zastósowaniu surowicy, ją porzucili.

Doc. Dr. Raczyński.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Lindenthal. **Przyczynek do etyologii bębnicy macicznej (tympania uteri).** *(Monatsschrift für Geb. und Gynäk. Bd. VII. Heft 3)* Wyniki poszukiwań za drobnoustrojem, wywołującym te zmiany, dotychczas nie są zgodne i zadawalniające. Ostateczne badania Gebharda i Wendelera przypisują te zaburzenia działaniu *bacterium coli commune*, a Goebel i Dobbin wymieniają *bacillus aerogenes capsulatus* jako twórcę bębnicy macicznej. Tymczasem autor w pięciu przypadkach *tympaniae uteri*, które miał sposobność spostrzegać i bakteryologicznie opracować na klinice Schauty, znalazł jeden i ten sam lasecznik, który już przedtem wykazał jako swoisty dla *colpitis emphysematosa*. Laseczník ten rozwijający się bez dostępu powietrza, należy do gromady *bacillus oedematis maligni*, przedstawia się jako krótki, gruby pręcik z zaokrąglonymi końcami, łączący się w krótkie nitki po kilka razem; jest nieruchomy, bez osłonki, nie tworzy zarodków, rośnie bez dostępu powietrza w ciepłocie pokojowej, lepiej w ciepłocie ciała, wytwarza na zwykłej i na cukrowej pożywce obficie gaz, przyczem pożywka kwaśnieje i cuchnie zjełczałem masłem. Laseczník ten nadto nie rozpuszcza żelatyny, a młode osobniki jego barwią się sposobem Grama. Autor przez zaszczepienie tego laseecznika w jałowej wodzie płodowej otrzymał tworzenie się gazu, a przez wprowadzenie czystej jego hodowli do macicy ciężarnej świnki morskiej, wywoływał u niej stan chorobowy, analogiczny z bębnicą maciczną. Prócz owego laseecznika znalazł autor w przypadkach *tympaniae uteri* trzy razy *bacterium coli commune*, po dwa razy: *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus pyogenes albus*, mięszane między sobą, co dowodzi, że zachodziło tutaj zakażenie mięszane przez drobnoustroje, znajdujace się w pochwie, w której żyje także ów swoisty dla bębnicy macicznej laseecznik. Doświadczenia autora wykazały, że *bacterium coli commune* tylko wtedy zdolne jest wywołać w macicy wytwarzanie się gazu, gdy wody płodowe zawierają cukier; tymczasem laseecznik, odkryty przez autora, bez obecności cukru to samo zrobić jest w stanie. *Ww.*

Bremer Ludwik (z St. Louis, Missouri): **Próby anilino-barwne moczu w cukrowce.** *(Centralblatt für innere Medicin 1898, Nr. 13).* Odpowiednio do zachowania się pewnych barwików anilinowych względem krwi osób, chorych na cukrzycę, istnieje podobne zachowanie się ich względem moczu cukrzycowego. W tej próbie moczowej odczyn właściwy nie polega wcale na obecności lub nieobecności cukru jak to i dla swojej próby krwi autor wykazał. Już poprzednio ogłosił on próbę anilino-barwną moczu w cukrzycy (w „New York med. journ“ 1897, 13/III); teraz zaś podaje uproszczony sposób próby owej, polegającej na różnem zachowaniu się barwików anilino-fioletowych względem moczu prawidłowego, a cukrzycowego.

Sposób jest prosty: Do dwu próbówek najdokładniej wyczyszczonych i osuszonych nalewa się po 10 ctm.³ moczu prawidłowego i cukrzycowego, a następnie wrzuca się do obu ledwo na koniec noża (½ mgr. lub mniej) drobniutko roztartego fioletu goryczkowego (Gentiana-violett), ale tak, aby o ile możności krupka barwika padła na środek powierzchni płynu, a nie rozsypała się po ścianach rurki.

Wstrząsany mocz prawidłowy nie wykazuje żadnego zabarwienia, albo bardzo słabe.

Przeciwnie, druga próbówka z moczem cukrzycowym nabiera barwy fioletowej.

Szczegółowo rozpatrując obie próbówki, widać, że w moczu prawidłowym barwik przy wstrząsaniu tworzy lekkie obłoczki fiołkowe, które przy dalszem wstrząsaniu giną, i na spód opadają grudki barwika, jakby otulone nieprzepuszczalną dla moczu warstwą, sam zaś mocz nie barwi się wcale, albo nadzwyczaj słabo. Po godzinach, nawet dniach stania nie zmienia się ta sprawa w zwykłej ciepłocie, wyjątkowo w bardzo gorące lato (w dolinie Missisipi) spostrzegał autor, że mocz zabarwiał się po wielu godzinach na czerwonawo.

Tak więc z tego doświadczenia widać, że mocz prawidłowy nie rozpuszcza fioletu anilinowego. Odwrotnie mocz cukrzycy, w którym po wstrząsaniu występuje zabarwienie fiołkowe, nieznikające przy dalszem wstrząsaniu, ale rozdzielające się równomiernie w moczu. Istnieje nawet prosty stosunek pomiędzy natężeniem zabarwienia, a ciężkością cukrzycy. Im wyraźniejszy odczyn barwny, tem cięższa sprawa chorobowa. Jednak należy do próby używać tylko pewnych dobrych barwików, które muszą pływać na powierzchni płynu, a nie spadać natychmiast na dno, bo takie są bezużyteczne. Bremer używał wyrobu Mercka, oznaczonego: „Gentianaviolett B“.

Ciepłota badanego moczu winna się zbliżać do ciepłoty ciała, więc w zimie trzeba mocz ogrzać, ale ostrożnie w kąpieli wodnej.

Podobną próbę daje też fiolet metylowy (Methylviolett (5 B. Merck), to jest, że prawidłowy mocz barwi bardzo słabo na różowo-fiołkowo, a cukrzycy na niebiesko, lub niebiesko-fiołkowo. Od czego odczyn zależy? Nie zależy ani od większej kwasoty, ani od zasadowości moczu, ani też od zawartości cukru, jak się o tem Bremer przekonał. Dalsze jego badania wykazały, że inne barwiki anilinowe, jak czerwień Kongowa, tropeolina, benzopurpuryna i dinitroresorcyna zachowują się znów wręcz odwrotnie względem moczu cukrzycowego, to jest że rozpuszczają się łatwiej w moczu prawidłowym (ogrzanym) niż w cukrzycym (ogrzanym). — Zachowanie się właściwe fioletów anilinowych względem moczu prawidłowego zależy od istot odtleniających, których brak w moczu cukrzycym. Znikanie obłoczków fiołkowych w moczu prawidłowym polega na powstawaniu wytworów białków (leukoproduktów).

Wykrył też autor, że błękit etylenowy, podobnie, jak fiolet (w opisany sposób) dodany do moczu, zabarwia mocz prawidłowy na zielono, a cukrzycy na niebiesko. W owych jednak próbach trzeba uważać na tę jeszcze okoliczność, że bardzo nizki ciężar właściwy (niżej 1015, 1014) moczu prawidłowego może sprowadzić podobny odczyn swoisty dla moczu cukrzycego. Toteż próby te w polyuryi jak w *diabetes insipidus*, po obfitem piciu, po środkach moczopędnych, po użyciu wielkiej ilości wyskoku, a zwłaszcza piwa, będą niepewne. Odczyn właściwy, w moczu o wysokim ciężarze (około 1030) dowodzi napewne cukrzycy. W jednym przypadku cukrzycy uleczonej (pozornie), w którym już próby moczowe i krwiowe dawały wynik ujemny, otrzymał Bremer swoją nową próbą anilinobarwną wynik dodatni.

Autor sądzi, że jego próba nowa w wątpliwych przypadkach może rozstrzygnąć chwiejne rozpoznanie, w którem inne próby dawały niepewne lub ujemne wyniki. W każdym zaś razie badania jego rozjaśnią nieco cienie, zalegające pole znajomości chemicznego składu moczu prawidłowego a cukrzycego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Knauer: **Przyczynek do nauki o przeszczepianiu jajników. Poród prawidłowy na końcu ciąży po przeszczepieniu jajników u królika.** *(Centralblatt für Gynäkologie*, Nr. 8, rok 1898). Już z początku roku 1893 przeszczepiał autor jajniki, wycięte u królików na inne miejsce otrzewnej, a mianowicie na *mesometrium* tego samego zwierzęcia i to w ten sposób, że jajnik wszywano częściowo w fałd, utworzony z otrzewnej, a druga połowa jajnika sterczała swobodnie do jamy brzusznej. Podczas zabiegu zwierzęta były uśpione, operowano zaś ściśle bezgnilnie.

Wyniki doświadczeń tych okazały, że jajniki tak przeszczepione, czy to na otrzewnę, czy między mięśnie, przyrastają, są odżywiane i wytwarzają dojrzałe jajka. W trzynaście miesięcy po przeszczepieniu jajników u samicy królika otworzył autor jamę brzuszną i znalazł w *mesometrium* przeszczepiony jajnik wielkości prawie prawidłowej, sterczący częściowo do jamy brzusznej. W jajniku były widoczne trzy

pęcherzyki, które zdawały się być blizkimi dojrzenia. Trąbki były pokręcone, ale bez zrostów; strzępki (fimbriae) dobrze widoczne, ujścia trąbek drożne. Powłoki brzuszne zaszyto i po dwóch miesiącach sparowano króliczycę, która po miesiącu wydała na świat dwoje młodych, zupełnie donoszonych.

Piotrowski.

Doc. Dr. Maks. Sternberg (Wiedeń): **Stosunek nerwic do schorzeń miejscowych.** *(Wien. klin. Wochenschrift,* 1898, Nr. 20). Stosunek ten może być dwojaki. Albo schorzenie miejscowe sprowadza nerwicę, albo odwrotnie nerwica może się objawiać miejscowo. Rozpoznanie takiego lub owego stosunku jest bardzo ważne, bo w pierwszym razie leczenie winno mieć na celu usunięcie schorzenia miejscowego, zaś w drugim zwalczanie tła chorobowego. Jednakowoż lekarz rzadko potrzebuje się bardzo mozolić nad temi dwiema możliwościami, raczej o wiele częściej przedstawi mu się trzeci, inny, stosunek, że miejscowe schorzenie i ogólna nerwica występują równocześnie i współrzędnie, a rozstrzygnięcie wówczas będzie znacznie trudniejsze, a co gorzej, w razie złego ujęcia zależności wzajemnej, może łacniej zaszkodzić, niż pomódz choremu.

Przykłady są bardzo liczne w kazuistyce tak neurologów, jak specyalistów osobnych narządów. Można je ułożyć w dwa skupienia: w pierwszem stosunek schorzeń miejscowych i nerwic jest tylko pozorny, w drugiem istotny. Należa tutaj nerwice, przypominające poczynającą się nerwicę urazową. Dotyczy to nieraz osób trwożliwego usposobienia, u których, po lekkiem stłuczeniu, zalecił lekarz okłady, opatrunek i t. p. Albo też n. p. młodzi lekarze, lub medycy, z obawy przed zarażeniem się wenerycznem, używszy zapobiegawczo za silnych roczczynów żrących lub przeciwgnilnych i sprowadziwszy sobie w ten sposób zmiany miejscowe, trapią się potem widmem chorób wenerycznych.

Czasem znowu miejscowe schorzenie dawno minęło, a ogólna nerwica podtrzymuje objawy miejscowe, n. p. bezgłos histeryczki po rzeczywistem ostrem zapaleniu krtani, albo, co jest rzeczą o wiele mniej znaną, po zapaleniu gośćcowem jednego stawu, pozostaje nerwica tego stawu, podtrzymana ogólną nerwicą.

Bóle zębów u ciężarnych, nerwice przełykowe w latach zwrotu płciowego (klimakteryum), akroparestezya w tymże okresie (to jest nieprzyjemne i bolesne uczucie w rękach i nogach) przechodzą same przez się.

Należy przestrzedz przed nieopatrznem stosowaniem u kobiet w myśl *ut aliquid fiat* przepłókiwań pochwy, nasiadów z wziernikami kąpielnymi, krążków pochwowych, tamponów, bo to często nie jest czem innem, jak samogwałtem z przepisu lekarza. Tak samo czasem zdarzają się mężczyźni, którzy nachodzą lekarzy w celu wprowadzania im zgłębników do cewki moczowej, również dla samogwałtu.

W dawnych czasach, a również i dzisiaj, śród mniej oświeconej ludności rozpowszechnione przekonania o rzuceniu się świerzba w inne miejsce na wewnątrz, o gośćcu tak samo mszczącym się itd., są to wszystko objawy źle powiązane stosunku nerwic do schorzeń miejscowych.

Zbierając wnioski, radzi autor, aby, jeżeli lekarz stwierdzi związek schorzenia miejscowego z nerwicą, nie dawał tego poznać choremu, ale przystąpił zaraz do leczenia miejscowego pod innym pozorem. Jeżeli zaś nie ma wskazania niezbędnego do leczenia miejscowego, to należy kierować się tem, czy jest cierpienie przyrody ruchowej, czy czulnej.

Jeżeli ruchowej, to można oczekiwać skutku dobrego po leczeniu miejscowem, na zasadzie poddania (suggestio). Kiedy jednak objawy są przeważnie czulne w ogólnej nerwicy, lepiej nie zważać wcale na miejscowe schorzenie, bo długie leczenie miejscowe raczej przez samopoddanie (autosuggestio) ustali jeszcze bardziej przekonanie o zmianie miejscowej. Chyba jeżeli są bóle, to te należy usuwać zabiegiem rozciągającym (podanym przez Naegeliego), to jest rozciąganie miejsc bolących. Gdy chory nie wie o tem, że posiada schorzenie miejscowe, lepiej mu nic mówić, a usunąć je. Kiedy zaś już wie, to można poprostu przedstawić mu to schorzenie jako nieprawidłowość wrodzoną, mającą więcej znaczenie naukowe dla lekarza. Niejeden z chorych będzie się jeszcze pysznić tem, że ma coś niezwykłego, co budzi ciekawość u lekarza, a tak słabość ludzka wyjdzie na dobro chorego.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Żółć, jako środek leczniczy, nie może być zaliczona do leków nowych. Organoterapii zasługą, że na wyszłą z użycia „Fel tauri inspissatum“ ponownie zwrócono uwagę. Dr. Gautier (Genewa) zachwala w kamicy żółciowej wyciąg bezbarwny żółci, podawany w małych dawkach, lecz przez czas dłuższy. Wyciąg wyjaławia się w ciepłocie 105° C. i ze 100,0 żółci otrzymuje się 10,0 bezbarwnego wyciągu, który, z powodu niemiłego zapachu i gorzkiego smaku, G. zapisuje w kapsulkach żelatynowych. Lek, tak sporządzony, podaje się podczas obiadu i kolacyi po 0,10. Skuteczność tego leku ma polegać na tem, że zawarte w nim sole żółciowe wpływają na rozpływność cholestearyny; z tego wynika, że przetwory żółci nie działają wypierająco na już istniejące kamienie, lecz tylko, przez rozpuszczanie cholestearyny, zapobiegają kształtowaniu się nowych. Gautier twierdzi, że posiada szereg spostrzeżeń klinicznych, świadczących o skuteczności żółci w kamicy żółciowej.

Kw.

H. Ekstein zachwala zalecony przez Schaffea „kresamin“, jako środek przeciwgnilny, najsilniejszy z gromady fenolów, działający nie tylko powierzchownie, lecz i wgłąb tkanek; przytem nie jest drażniącym. Używa go autor w chorobach skórnych, szczególnie w leczeniu wyprysku z naciekiem na tle grzybkowem, w figówce (sycosis) i sprawach ropnych w skórze. Posługuje się maścią podług wzoru: „10% Kresamini, 10,0—50,0 Adipis lanae ad 100,0 S. maść na noc, w dzień zaś okłady z K. 1:4000—400“. (Therap. Montsh. 1898. 4).

F. K.

Eichhoff podaje nowy przepis wprowadzonego już dawniej kaptolu: „Rp. Captoli, Ac. tartar., Resorcin. aa 1,0, Ac. salicyl. 0,7, Ol. ricini 0,50, Spir. vin. (95%) 100,0, Essent. flor. aether. qu. s. S. 2 razy dziennie zmywać głowę przy łupieżu“. (Ther. Montsh. 1898. 5).

F. K.

Przy swiędzących wysypkach skóry zaleca Drews „Salophen“ (Ther. Montsh. 1898. 3) w dawce 1,0, co 2 godziny proszek. W łuszczycy podaje 10% maść salofenową.

F. K.

Horwitz leczył 105 przypadków rzeżączki, podając w kapsułkach: „Methylenblau 0,1, Ol. Santali, Bals. Copaiv. aa 0,2, Ol. Cinnam. gtt. 1, pro dosi“. Wypływ ropny i objawy zapalne ustępowały po 4—5 dniach, poczem przystępował do leczenia miejscowego; (trudno jednak rozstrzygnąć, który środek ma przewagę w działaniu dodatniem Rf.). (The Philadelphia Policlinic 1898. 8).

F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z d. 31 Maja 1898 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Jako członkowie przybrani PP. weterynarze Pappée i Rutkowski.

1) Na odezwę Magistratu m. Krakowa, wzywającą do wydania odpowiednich zarządzeń z powodu, że w rzeźni miejskiej sprawdzono ogólną perlicę u krów z kilku miejscowości, położonych w powiecie krakowskim, które dostarczają mleka do jednej z mleczarń krakowskich, uchwalono odpowiedzieć, że sprawa ta przekracza zakres działania Komisyi. Władzą, do tego uprawnioną, jest Starostwo krakowskie.

2) Prof. Bujwid zdaje sprawę z wniosku swego, który Tow. Lek. krak., uchwałą z dnia 27 Października 1897 r., przekazało Komisyi przemysłowo lekarskiej. Wniosek ten opiewał: „Tow. Lek. krak., z uwagi na znaczne rozszerzenie się gruźlicy w oborach, z których mleko dostaje się do użytku ludności, przekazuje Komisyi przemysłowo-lekarskiej obmyślenie środków, dążących do skutecznego przeciwdziałania szerzeniu się gruźlicy za pośrednictwem mleka“. Wnioskodawca, po porozumieniu się z kilkoma członkami podkomisyi, wy-

znaczonej do zbadania tej sprawy, przedstawia naukowy referat, z którego ostatecznie wynika, że jedynym środkiem, stanowczo zaradczym, jest przymusowe, ustawą nakazane szczepienie krów, dla przekonania się które okażą się dotknięte gruźlicą.

Zasadę tę przyjęto i upoważniono Prof. Bujwida do wypracowania odpowiedniego memoryału w tej myśli, by memoryał ten, odczytany i przedyskutowany na najbliższem posiedzeniu Komisyi przemysłowo lekarskiej, mógł być przedłożony Tow. Lek. krak. i przesłany do Rady Zdrowia krajowej, Wydziału krajowego i Towarzystwa Rolniczego. Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

IV.

W badaniach nad swoistem „powinowactwem“ pewnych narządów do pewnych drobnoustrojów odrębną drogą postępuje Roger (S. B.). Wstrzykuje on mianowicie w tym celu żywe hodowle wprost do naczyń, doprowadzających krew do danego narządu. Według tego badacza posiada wątroba własność niszczenia prątka wąglikowego (dawkę, która wstrzyknięta do naczyń obwodowych jest bezwzględnie zabójczą, można pomnożyć przytem 64 razy bez szkody dla zwierzęcia!); płuca mają niszczyć paciorkowce, na które wątroba, podobnie jak i na prątek kałowy (bact. coli) żadnego jakoby nie wywiera wpływu; „oidium albicans“ ginie w wątrobie i nerkach, słabiej się rozwija w płucach, natomiast sprowadza szybko śmierć, wstrzyknięte do tętnicy szyjnej i t. p. [1]).

Obok tych najnowszych kierunków zwykłym torem posuwają się badania nad surowicami leczniczemi, z jednej, nad „organoterapią“ i związanemi z nią zagadnieniami, z drugiej strony. Surowica Marmorka, która swego czasu tyle narobiła wrzawy, spotyka się z coraz ostrzejszą krytyką. Świeżo Courmont (S. B.) ogłosił, że surowica ta chroniła zwierzęta tylko od zakażenia jednym gatunkiem paciorkowca, wyhodowanym przez Marmorka; natomiast zaś w doświadczeniach z sześciu innymi paciorkowcami miała surowica nawet ułatwiać zakażenie. Co prawda Lemoine (S. B.) powątpiewa w czystość hodowli Courmonta. Jullien (Soc. de dermatologie) próbował leczyć kiłę zapomocą surowiczego płynu, wypuszczonego z jamy brzusznej chorego kiłowego, dotkniętego marskością wątroby. W jednym przypadku próby te nie powiodły się wcale; w drugim natomiast pod wpływem wstrzykiwań znikła osutka kiłowa (bez nawrotów) tak szybko, że J. nie waha się mówić o znakomitym wyniku leczniczym. O zagadnienia teoretyczne potrącił Phisalix (S. B.) w dalszym ciągu swoich ciekawych badań nad surowicami przeciw jadom wężów. Stwierdził on mianowicie, że surowice te działają nie tylko leczniczo, ale także w pewnych warunkach, jak prawdziwa szczepionka (vaccine), to jest wyzwalają w ustroju zwierzęcia wytwarzanie się odporności, chociaż zadano je w dawce mniejszej, niż doraźnie chroniąca od zatrucia. W ten sposób stwierdził Ph., że pojęcia „biernej odporności“, wiązanego dotychczas ze sposobem działania surowic, nie można przyjmować w znaczeniu bezwzględnem. O ile to spostrzeżenie nie pozbawione jest pewnego znaczenia, o tyle uwagi Bezançona i Griffona (S. B.), że „pneumococcus“ mnoży się trudniej, ale żyje dłużej („in vitro“!) w surowicy zwierząt, które są przeciw niemu odporniejsze, oraz Courmonta i Duffau (S. B.), że po wycięciu śledziony surowica królika staje się silniej zabójczą dla paciorkowca, a przeciwnie więcej sprzyja zakażeniu gronkowcem, zbyt są zagadkowe i oderwane, aby je obecnie można związać ściślej z nauką o odporności. Ciekawym natomiast przyczynkiem są doświadczenia Camusa (S. B), który stwierdził, że własności lecznicze surowicy przeciwbłoniczej i surowic przeciw jadom wężów, utrzymują się po wysuszeniu i ogrzaniu nawet do 110° (przez godzinę a 140° przez kwadrans).

Przy surowicach miejsce wspomnieć o serodyagnostyce. Widal i Sicard (S. B.) opisali niedawno doświadczenia swoje z aglutynacyą w przesączach hodowli prątka durowego pod wpływem surowicy chorych na dur. Pobudką do tego były badania Krausa i Nicollea, którzy stwierdzili powstawanie strątów, podobnych do aglutynacyi samychże prątków, nietylko w przesączach hodowli prątków Ebertha, ale także w przesączach hodowli cholerycznych i prątka dżumy. Otóż W. i S. podają, że zjawisko to występuje zawsze słabo (dopiero w mięszaninie 1:10), bez względu na siłę aglutynacyjną użytej surowicy względem samych prątków durowych, oraz że dodanie do przesączonej hodowli innych gatunków prątków zjawiska nie ułatwia; wobec czego należy wnosić, że aglustynacya mało zależy od jakiejś istoty chemicznej, wydzielonej do podłoża, lecz prawie wyłącznie od jakiejś istoty, zawartej w samych komórkach drobnoustrojów swoistych duru. Znaczenie odczynu Widala zdawałoby się zyskiwać wobec tych wyników.

Bourges i Méry (S. B.), próbując wykształcić serodyagnostykę nosacizny, doszli do wyników pomyślnych, jednakże ustępujących w cień wobec doskonałego środka rozpoznawczego, jakim jest maleina; sądzą oni jednakże, że opracowany przez nich sposób rozpoznawczy może być użyteczny w przypadkach ostrych, w których odczyn na maleinę jest niewyraźny, lub zgoła zawodzi.

Organoterapia nie może pochwalić się wielu nowymi plonami. Gilbert i Garnier (S. B.) próbowali w sześciu przypadkach błednicy podawać szpik kostny — bez najmniejszego wyniku. Niewiele lepsze zdają się być skutki podawania nadnercza w chorobie Addisona; Béclère (S. M. H.) stosował to leczenie przez 5 miesięcy bez szkody u jednego ze swych chorych, ale także bez widocznego skutku, zadając dziennie 15 do 20 gramów nadnercza; dopiero po zarzuceniu leczenia pojawiła się zwolna poprawa stanu zdrowia tak znaczna, że chory mógł powrócić do swych zajęć, i utrzymująca się już od lat trzech; sam mowca jednak podkreśla, że w chorobie Addisona zdarzają się samoistne, nieraz długotrwałe, przerwy i poprawy. To samo należałoby powiedzieć o chorym Hayema, który nie znosił dawek wyższych nad 10—15 grm. dziennie; po leczeniu stan ogólny nieco się na krótko poprawił; chory umarł w dwa lata później. Gaillard nie uzyskał w swoim przypadku żadnych wyników. W rozprawach uczestniczył jeszcze Widal, który radzi prób nie zaniechać, choć sam uzyskał tylko przejściowe polepszenie stanu ogólnego, dochodząc do 12 grm. dziennie; po ponownem pogorszeniu chory nawet tej dawki nie znosił i wkrótce potem zmarł [2]).

Do teoretycznych podstaw organoterapii możnaby się doszukiwać danych w badaniach nad „wydzielaniem wewnętrznem“ pewnych narządów i wpływie powstających wytworów na czynności ustroju. W tym kierunku przeprowadzał niedawno badania na szerszą skalę Livon (S. B.), który sadzi, że można wszystkie narządy podzielić na dwie gromady: jedne wydzielają do krwiobiegu istoty, podnoszące parcie i zwalniające tętno: tu należą, obok nadnerczy, gruczoł tarczykowy, nerka, śledziona, przysadka mózgowa (glandula pituitaris) i gruczoł przyuszny. W drugiej gromadzie, której wytwory obniżają parcie i przyspieszają tętno, mają się znajdować: wątroba, płuca, trzustka, grasica, jądra i jajniki. Pachon (S. B.) utrzymuje, że śledziona wytwarza

[1]) Szczegółowo sprawę odporności zajął się Charrin w szeregu świetnych wykładów, wypowiedzianych w półroczu zimowem w „College de France“; tu je pomijam, gdyż mają ukazać się drukiem.

[2]) Z zakresu uznanych dawniej środków tego rodzaju, dość ciekawe jest spostrzeżenie Mossego i Cathala, odnoszące się do tyreoidyny. Podając ją matce, a zarazem karmicielce noworodka, dotkniętego wolem wrodzonym, osiągnięto u dziecka wyleczenie, u matki (również wolem dotkniętej), znaczną poprawę. (Ac. d. M.).

istotę, wpływającą na wydzielanie trypsyny w trzustce. Przyszłość pokaże, czy nie za dużo odkryto tych „wydzielin wewnętrznych".

Obok nowych sposobów leczniczych wyciągnięto niedawno w „Academie de médecine" na światło dzienne — zapomniane trochę pryszczydła z pryszczawek (kantaryd). Początek długiej rozprawie dało wystąpienie Robina, usiłującego zrehabilitować, obok pryszczydła, także środki wymiotne i upust krwi. Powołując się głównie na wpływ tych środków na chemizm i mechanizm oddychania, radby R. przywrócić im dawniejsze znaczenie w leczeniu niektórych cierpień płuc i oskrzeli. Zaraz na tem samem posiedzeniu znaleźli się i zwolennicy i przeciwnicy wywodów Robina. Trasbot powoływał się na uznaną skuteczność wszystkich trzech środków.... w weterynaryi; Huchard sądził, że upusty krwi mogą być bardzo zbawienne w zakażeniach i chorobach serca, wobec pryszczawek był jednak ostrożniejszym i choć pragnałby je zatrzymać w użyciu, to jednak ostrzega przed nimi w przypadkach „nieprzepuszczalności" nerek. Laborde przypomniał o niebezpieczeństwie zatrucia kantarydyna. W dalszym ciągu rozpraw wskazał Ferrand na to, że rana, powstająca po pryszczydle, może być łatwo wrotami dla zakażenia, i uwzględnił często zdarzający się szkodliwy wpływ kantarydyny na nerki; jednakże, potępiając pryszczydła u chorych, dotkniętych marskością nerek, nie wahał się przypuścić, że w zapaleniu miąższowem nerek mogą one przeciwnie wywrzeć niekiedy wpływ korzystny. Głównem wskazaniem dla użycia pryszczydeł mają być według F., zapalenia błon surowiczych; środek ten nie jest przeciwwskazany także w niektórych zakażeniach, przynajmniej na początku, jeżeli istotnie wywołuje hiperleukocytozę, jak to twierdził Robin; w końcu pewne działanie wywierają pryszczydła, zdaniem F., w niektórych rodzajach drgawek. Po stronie Robina i Ferranda stanął Lancereux, twierdząc, że zapomocą pryszczydeł ocalił życie jednemu choremu na zapalenie płuc, a nawet, że widział wpływ bardzo korzystny w zapaleniu nerek i Daremberg, zalecający pryszczydła w suchotach płucnych, powolnie przebiegających, a to mianowicie w chwili nawału do płuc, jeźli ciepłota nie przekracza 38·5° C., oraz w zapaleniach płuc ogniskowych, nierozległych i niepołączonych z krwioplucieın; natomiast potępia D. pryszczydła w gruźlicy, rozwijającej się szybko, rozległej, lub połączonej z wysoką gorączką, jakoteż wobec krwioplucia. Za to Huchard jeszcze dobitniej zaznaczył swe przeciwne poglądy, podnosząc, że wszystkie te korzystne wpływy na czynność oddechania, jakie Robin przypisuje pryszczydłom, osiągnąć można innymi środkami, wyliczając cały szereg szkód, jakie ustrój przez pryszczydła ponieść może i wyszukując tyle przeciwwskazań, że właściwie trudnoby wobec nich znaleźć odpowiednie pole dla zastosowania tego środka. Obrona zwolenników dawnego arsenału leczniczego nie sprawia wrażenia dostatecznej, zwłaszcza wobec wystąpienia Cornila, który oparł się na danych anatomicznych, opisał cechy morfologiczne działania kantarydyny na narządy wewnętrzne, a przedewszystkiem na nerki i podniósł, że skoro w zapaleniach nerek zawsze obok miąższu bierze udział tkanka międzymiąższowa, to przypuszczenie Ferranda, iż działanie pryszczydeł może być korzystnem w pewnych postaciach zapalenia nerek, gdy w innych bezwzględnie jest szkodliwem, nie posiada naukowego uzasadnienia. Pamiętając bajeczkę o szewcu i Appelesie, nie mogę wyniku tych rozpraw zebrać w ogólny wniosek; mimowolnie jednak nasuwa się uwaga, że sposób, w jaki je prowadzono, niekiedy trochę „myszką trącił", a rozumowania, w rodzaju przytoczonych przez Ferranda, że tylowiekowe używanie pryszczydła musiało mieć swój słuszny powód i nas zapewne przeżyje, przypomina trochę nasze: „Nie było nas, był las, nie będzie nas, będzie las" i corocznie ponawianą naradę nad litera *A* wielkiego słownika w gronie czterdziestu nieśmiertelnych w pałacu Mazarine.

Za to Akademia umiejętności w Montpellier, może chcąc okazać się bardziej postępową, a może obawiając się tego, co zdarzyło się onego czasu Akademii paryskiej z hipnotyzmem, próbowała naukowo sprawdzić rzekome „widzenie przez ciała nieprzeźroczyste", wkraczając w ten sposób potrosze na pole, zajęte przez modny dziś „okultyzm". Dla zbadania „medium", zapadającej w hipnozę histeryczki, którą zaopiekował się z początku niejaki Dr. Ferroul, wysłano na miejsce dwóch fizyków, adwokata i znanego prof. Grasseta. Komisya, używszy odpowiednich ostrożności przy wykonaniu doświadczeń, stwierdziła proste oszustwo. Sceptycy tryumfują; entuzyaści ciągle mimo to zapewniają, że nauka zyska z czasem nowy szereg przyrodniczych faktów, odwołując się na promienie Röntgena, jako rzecz przechodzącą do niedawna najśmielsze sny filozofów, a dziś dobroczynną własność ogółu, znajdującą codziennie nowe zastósowanie w medycynie.

Dr. Ciechanowski.

IX. **Wiadomości bieżące.**

† Dr. Alfred Obaliński

profesor zwyczajny i kierownik kliniki chirurgicznej w Krakowie, b. radca miejski, członek honorowy i b. prezes Towarz. lekar. krakowskiego, członek honorowy Towarz. ratunkowego w Krakowie, członek zwyczajny licznych towarzystw naukowych w kraju i za granicą, mąż zasłużony w nauce i społeczeństwie, rozstał się z tym światem dnia 17 lipca b. r. w 54-tym roku życia.

Kraków, 21 Lipca.

Dnia wczorajszego złożyliśmy na wieczny spoczynek śmiertelne szczątki człowieka, którego stratę odbolеć, wartości moralnej dorównać, zasługom sprostać, a jako człowieka i kolegę zastąpić — bodaj że... nie potrafimy. Wśród najgłębszego przygnębienia i pierś duszącego smutku postępował za trumną ś. p. prof. Obalińskiego cały Kraków, z żalem w sercu i ciężką troską w duszy.

O naukowej i zawodowej działalności zmarłego profesora zdamy sprawę na innem miejscu: dziś, pozostając jeszcze pod wrażeniem ciosu, zdołamy zaledwo zaznaczyć, że społeczeństwu ubył człowiek niepospolity, że ze śmiercią Alfreda Obalińskiego traci wszechnica Jagiellońska zamiłowanego w nauce profesora, młodzież — gorliwego nauczyciela, liczne instytucye naukowe i obywatelskie — sumiennego i pracowitego członka, my, lekarze, najserdeczniejszego, najwięcej umiłowanego kolegę, a redakcya „Przeglądu lekarskiego" — wieloletniego członka Komisyi redakcyjnej, współpracownika, który piórem i radą był niestrudzonym orędownikiem naszego pisma.

Bóg obdarzył przecudowną harmonią tę zacną i czystą duszę: surowej nucie zawodu lekarskiego odpowiadała w zmarłym tkliwa struna człowieka altruisty; posępnej działalności chirurga wtórowało pogodne usposobienie towarzyskie, swoboda ducha; w parze z pracą naukową i nauczycielską szło gorliwe i sumienne pełnienie obowiązków w towarzystwach i instytucyach lekarskich, sanitarnych, humanitarnych, literackich i t. d. Ś. p. Obaliński dotknął swą ręką wszystkich strun społecznego naszego życia, to też śmierć jego, to nie jest strata dla jednego zawodu, czy jednej instytucyi: odczuje ją ogół we wszystkich swych wzniosłych usiłowaniach naukowych i społecznych, a w pierwszej linii odczuje redakcya naszego pisma, która zaciągnęła względem zmarłego niewypłacalny dług wdzięczności.

Wieczna i niespożyta pamięć zasłużonemu!

* Z ostatnich dni ś. p. prof. Obalińskiego. Przed miesiącem stan ogólny chorego o tyle się był poprawił, że przybyło go nawet nieco na wadze. Jednak na naradzie, która się odbyła w początkach czerwca z współudziałem profesorów Neissera i Mikulicza, postanowiono wykonać laparotomię, jeśliby ówczesna poprawa stanu ogólnego zawiodła. Na dni 10 przed zgonem chory począł zdradzać objawy rozwijającego się wyczerpania sił. Dnia 16 b. m. wykonał prof. Mikulicz laparotomię; nowotworu, jakto było za życia przewidziane, nie było. Pęcherzyk żółciowy okazał się małym, skurczonym i pustym W przewodzie pęcherzykowym, który, również jak i woreczek, rozcięto, tkwił kamień, po usunięciu którego wszedł operator łyżeczką do przewodu wątrobowego, skąd wygarnął drugi konglomerat zlepionej miazgi szutrowatej. Sama wątroba była już twardszą, skurczoną, zziarniałą. Przypuszczać należy, że i drobniejsze kanaliki wątrobowe przepełniała taka sama gliniasta masa zbita, której wyczerpany ustrój nie był w stanie wydalić. W niedzielę pod wieczór chory szybko zaczął upadać na siłach, a umysł jego jasny, począł się zaciemniać. Życie zakończył w poniedziałek rano, wśród zupełnej nieświadomości i ostatecznego wyczerpania.

* Wydział krajowy, uznając wyjątkowe zasługi ś. p. Prof. Dra Alfreda Obalińskiego, jako b. prymaryusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w ciągu lat 27, uchwalił, aby pogrzeb odbył się kosztem funduszu szpitala św. Łazarza.

* Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jag. otrzymał wyrazy „najgłębszego współczucia“ z powodu śmierci ś. p. Prof. Obalińskiego: od prof. Hlavy z Pragi, w imieniu czeskiego Wydziału lekarskiego i Spolku czeskich lekarzy; od Dra Święcickiego z Poznania, w imieniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk i Dra Bogdanika, prymaryusza w Białej.

* Profesorowie: Gluziński, Obrzut i Rydygier zastępowali na pogrzebie ś. p. Obalińskiego Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego. Ostatni przemawiał w imieniu rzeczonego Wydziału i instytucyi „Zjazdów chirurgów polskich“.

* Sekcya lwowska Towarz. lekarzy galicyjskich reprezentowaną była na wczorajszym pogrzebie przez jej prezesa, Dra Macheka.

Liczne grono dawnych lekarzy pomocniczych ś. p. prof. Obalińskiego, idąc za głosem serca, przybyło na pogrzeb swego ukochanego mistrza i b. przełożonego.

* Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie, przesyła nam szczere wyrazy współczucia z powodu dotkliwej straty, jaką ponosi redakcya naszego pisma przez śmierć ś. p. prof. Obalińskiego.

* Nad trumną ś. p. prof. Obalińskiego przemawiali: Prof. Kostanecki, prof. Rydygier, prof. Trzebicky, Drowie: Kwaśnicki, Droba i Pacyna.

* Prawdopodobnie już wkrótce wejdzie w życie fundacya konkursowa ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego, zmierzająca do poparcia polskiego piśmiennictwa balneologicznego. Jak wiadomo, zapisał ś. p. Zieleniewski na ten cel sumę 10.000 złr., jako kapitał żelazny, zostający pod zarządem krakowskiej Akademii umiejętności. Coroczne odsetki tej sumy mają w całości i wyłącznie stanowić nagrodę za prace, poświęcone „ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich“, — bądźto nadesłane, jako rozwiązanie zadań konkursowych, ogłoszonych w tym celu przez Akademię, bądź też złożone Akademii w rękopisie lub w druku, a zawierające treść dowolnie przez autora obraną. Pragnieniem fundatora było, aby zadania i prace konkursowe miały za przedmiot naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych i t. d. Fundusz konkursowy nie może służyć na zapomogi w celu podjęcia takich badań, lecz jedynie na nagrody za gotowe już prace. Dalej postanowił fundator, aby przedmiotem konkursu co lat dwadzieścia było uzupełnienie wydanego przez niego „Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych“; co dwadzieścia też lat ma Akademia zarządzić ponowne wydanie uzupełnionego „Słownika“ z odsetków od kapitału fundacyjnego. Gdyby po latach zagadnienia balneologiczne, dotyczące polskich zdrojowisk, zostały wyczerpane, wówczas dopiero odsetki funduszu mogą być przez Akademię obrócone na nagrody za najlepsze dzieła lekarskie polskie, bez względu na to, której gałęzi nauk lekarskich dotyczyć będą.

Szlachetne zamiary fundatora, który całe swe życie rodzimej balneologii poświęcił i zapisem swoim zapewnił ciągły rozwój piśmiennictwa balneologicznego polskiego, — obecnie nieco leżącego odłogiem, znajdą niewątpliwie energiczną wykonawczynię w naszej Akademii, która, zapewne zaraz po objęciu zapisu w swój zarząd, rozpisze pierwszy konkurs imienia ś. p. Zieleniewskiego.

* W zeszły poniedziałek odbył się wykład habilitacyjny Dra Ludwika Świtalskiego na temat: „O rzeżączce kobiecego narządu płciowego“.

* W sobotę odbył się w lwowskim Uniwersytecie habilitacyjny wykład Dra Józefa Wiczkowskiego z zakresu chorób wewnętrznych.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali: Emilian Garguliński i Antoni Schudmak.

* W drodze prywatnej dowiadujemy się, że w mającej się w m. wrześniu otworzyć szkole im. Tadeusza Kościuszki w Białej, obowiązki lekarza szkolnego obejmie człowiek o tak szerokiem wykształceniu zawodowem, jak Dr. Bogdanik. Obywatelski ten obowiązek, bo tak go pojął Dr. Bogdanik, dostaje się w ręce najwięcej powołane i każe pod względem zdrowotnym najlepiej wróżyć o tej szkole kresowej.

* W Nrze 29 *Časopisu lékařů českých* czytamy uwagę, że miejscowy Komitet czeski zaproponował poznańskiemu Komitetowi gospodarczemu, ażeby VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się w Pradze, a wśród motywów tej propozycyi podaje „Časopis“ i ten, że, słusznie czy niesłusznie, udział Czechów w tym Zjeździe miał być dla władzy pruskiej powodem zakazu.

Pragnęlibyśmy szczerze, ażeby koledzy czescy nie posądzili nas, Polaków, że to my właśnie żywimy takie przekonanie: zaszczytny udział lekarzy i przyrodników bratniego narodu wysoce sobie cenimy, gdzie i kiedy zakazany Zjazd odbędzie się, na ich przyrzeczenie i naukowe współpracownictwo liczymy. Według naszego mniemania przyczyny zakazu pruskiej władzy tkwią w dziejowym stosunku obu narodów: niemieckiego i polskiego; sięgają one tak dobrze zamierzchłych czasów historyi, jak i nowoczesnych dziejów i wypadków; jaka tam kropla spowodowała przelanie się przez brzegi nienawiści germańskiej, to prawdziwie rzecz podrzędna. Intelektualne potrzeby lekarzy i przyrodników polskich znajdą swój wyraz w zjeździe na innem miejscu. Bolejąc szczerze nad tem, że brutalna siła odtrąca nas od wielkopolskiej kolebki narodu, to jednak na chwilę nie zapominamy, że są jeszcze inne ogniska duchowego życia polskiego, gdzie VIII Zjazd przyrodniczo-lekarski spełni swe zadanie, a do uświetnienia którego, nie wątpimy, potężnie przyczyni się naukowy współudział braci Czechów.

Mianowania. Doc Dr Otto Schwarz mianowany został profesorem nadzwyczajnym okulistyki w Lipsku. Profesorem medycyny i dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych w petersburgskiej wojennej Akademii lekarskiej mianowany został Dr. S. Botkin, syn profesora, który z tej katedry nauczał przez 23 lat.

Nekrologia. W Turynie zmarł w 58 roku życia prof. anatomii Dr. Karol Giacomini.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 29): Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Sterlinga S.: Olej sezamowy. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 29): Dra Brunnera M.: O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii. Dra Higiera: Histerya u kota i kanarka. Dra Malinowskiego A.: Uwagi kliniczne o krztuścu i jego powikłaniach.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Szadek: Remarkson pemphigus vulgaris (Odbitka), 1898 r.

— Tenże: A peculiar casa of dermatotis herpetiformis of Duhring (Odbitka), 1898 rok.

— Dr. Bogdanik: Dziesięcioletnie sprawozdanie z szpitala powszechnego w Białej (1887—1897). Poznań.

— Tenże: Epiplocele dextra subacuta appendicitidem simulans (odbitka). Wiedeń, 1898.

— Higier: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych (odbitka). Warszawa, 1898.

— Tenże: Hysterie bei einer Katze und einem Kanarienvogel (odbitka). Lipsk, 1898.

— Tenże: Ein Fall von Neuritisoptica mit 4 wöchentlicher doppelseitiger, in complete Heilung ausgegangener Blindheit (odbitka). Lipsk, 1898.

— Dr. Majewski K.: Ueber verbrennbare Eiterbecken. Beitrag zur chirurgischen Nachbehandlung (odbitka). Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.